

Tese de Mestrado Integrado em Medicina

Depressão na Infância e Adolescência: Revisão da Literatura

João Guilherme Portela Martiniano Pereira

Orientação:

Dr. Manuel Pedro Soares Monteiro

Chefe de Serviço – Psiquiatria da Infância e Adolescência – Centro Hospitalar do Porto

Co-Orientadora:

Prof. Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

Professora Auxiliar do ICBAS-UP

Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

Universidade do Porto

2015/2016

Agradecimentos

Ao Dr. Pedro Monteiro, por ter aceite a orientação deste trabalho e pela disponibilidade e ajuda ao longo de toda a elaboração deste.

À minha família pelo apoio incondicional ao longo do curso.

À Maria Viseu, Pedro Oliveira, Carolina Sousa e Bernardo Leal um agradecimento especial pelo carinho e amizade ao longo deste percurso e por estarem presentes nos momentos de aflição e preocupação e pelo apoio incondicional que sempre me deram.

Resumo

Introdução

A Depressão é uma patologia psiquiátrica com grande impacto na Sociedade, sendo um dos problemas mais comuns de Saúde Pública a nível mundial. Devido aos seus efeitos psicossociais, é uma doença mental que pode ser grave e incapacitante, atingindo as atividades da vida diária.

Em Portugal há poucos dados epidemiológicos sobre esta patologia na infância e na adolescência, contudo constata-se que é uma das patologias mais frequentes (14,9%), com maior incidência na adolescência, comparativamente à infância. Pensa-se que a sua incidência está a aumentar, contudo não se encontra um consenso que explique este aumento suspeitando-se ser devido a uma maior sensibilidade de diagnóstico.

Os sintomas depressivos estão presentes em variadas patologias, sendo necessário o diagnóstico diferencial destas através de uma boa história clínica, exame físico e, se necessário, exames complementares de diagnóstico.

O tratamento inicia-se com o estabelecimento de uma relação de confiança com o doente e familiares seguida de estratégias psicoeducativas, psicoterapêuticas e farmacoterapia; o objetivo principal é ajudar o doente a aprender a superar as suas dificuldades e os sintomas depressivos e ajudar na prevenção de episódios futuros.

Grande parte dos doentes responde bem à terapêutica farmacológica, contudo apresentam várias recidivas ao longo da sua vida.

Objetivos

O principal objetivo desta revisão bibliográfica é sistematizar os conhecimentos atuais sobre a depressão em idade pediátrica, compreendendo as variadas etiologias, fatores de risco, manifestações, diagnósticos diferenciais e tratamento desta patologia.

Metodologia

Revisão bibliográfica a partir de bases de dados eletrónicas *Pubmed* e *Medscape*. Foram também consultados alguns livros, nomeadamente “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-V 2013), “Basic & clinical pharmacology” (Katzung, 2012) e “The depressed child and adolescent” (Goodyer I, 2001).

Palavras-Chave

Depressão; Infância; Adolescência; Distúrbio Depressivo Major;
Psicoeducação; Psicoterapia; Farmacoterapia.

Abstract

Introduction

Depression is a psychiatric disorder with a major impact on society, one of the most common public health problems worldwide. Because of its psychosocial effects, it is a mental illness that can be severe and disabling, affecting the activities of daily living.

In Portugal there are few epidemiological data on this disease in childhood and adolescence, but it appears that is one of the most frequent pathologies (14.9%), with higher incidence in adolescence compared to childhood. It is thought that its incidence is increasing, however, there isn't a consensus explaining this increase, it is suspected to be due to greater sensitivity diagnosis.

Depressive symptoms are present in varying conditions, requiring the differential diagnosis of these through a good clinical history, physical examination and, if necessary, additional diagnostic tests.

Treatment begins by psychoeducation and establishing trust with the patient and family, can then be added pharmacological treatment or psychotherapy where the main goal is to help prevent future episodes and remission of symptoms. Most patients respond well to drug therapy, but have several relapses throughout his life.

Objetives

The main objective of this literature review is to systematize current knowledge about depression in children, understand varied etiologies, risk factors, manifestations, differential diagnosis and treatment of this pathology.

Methodology

Literature review from electronic databases *Pubmed* and *Medscape*. Some books were also consulted, including "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM -V 2013), "Basic & Clinical Pharmacology" (Katzung , 2012) and "The depressed child and adolescent" (Goodyer I, 2001) .

Keywords

Depression; Childhood; Adolescence; Major Depressive Disorder; Psychoeducation; Psychotherapy; Pharmacotherapy.

Índice

Abreviaturas.....	6
Introdução	7
Epidemiologia e Fatores de Risco.....	9
Fisiopatologia	11
Características Clínicas	14
Como diagnosticar	18
Diagnósticos diferenciais.....	23
Comorbilidade e Evolução	25
Tratamento	27
Conclusão	31
Referências Bibliográficas	33

Abreviaturas

5-HT – Serotonina

ADT – Antidepressivo Tricíclico

BDNF – Brain-derived neurotrophic factor

DA – Dopamina

DDM – Distúrbio Depressivo Major

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edição

ICD – International Classification of Diseases

IMAO – Inibidor da Monoamina Oxidase

NE – Norepinefrina

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e de Défice de Atenção

SSRI – Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

Introdução

A Depressão é uma doença psiquiátrica com grande impacto na Sociedade, estimando-se que atualmente afete cerca 350 milhões de pessoas em todo o Mundo¹. É descrita como uma patologia que causa um sentimento persistente de tristeza e perda de interesse. Quando afeta o pensamento e comportamento da pessoa, pode-se denominar como Distúrbio Depressivo Major ou Depressão Clínica (se corresponder a todos os critérios de diagnóstico do DSM-5), que pode levar a uma grande variedade de problemas físicos e emocionais, fazendo com que o doente sinta que a vida que tem não é digna de prolongar²⁻⁴.

Inicialmente, a Depressão era uma doença descrita como Melancolia. Várias descrições compatíveis com a atual definição de Depressão foram encontradas em textos antigos, nomeadamente no Antigo Testamento e Antigo Egito⁵. As primeiras descrições ocorrem nos textos na Mesopotâmia Antiga no segundo milénio A.C. Na altura era atribuído a demónios e quem lidava com os doentes eram os padres⁶.

De acordo com Hipócrates, as doenças do foro psiquiátrico estavam relacionadas com os fluidos corporais, sendo eles Bile Amarela, Bile Preta, Sangue e Fleugma (um muco secretado pelas membranas mucosas de humanos e outros mamíferos)⁷. Acreditava, ainda, que a Melancolia era causada por excesso de Bile Preta, dando origem ao nome (do grego “*melas*” = escuro, preto e “*kholé*” = bile). Em contraste, Cícero, um filósofo romano, argumentava que Melancolia era causada por um excesso de sentimentos como raiva, medo e ganância, dando assim uma explicação menos física e mais mental⁸.

Nos anos mais próximos de Cristo, a ideia que prevalecia entre os Romanos era que as patologias mentais como depressão eram causadas por demónios ou raiva dos deuses, onde o tratamento consistia em fazer o doente passar fome e prendê-lo. Já os Persas acreditavam que seria uma patologia do foro psiquiátrico/mental, onde o tratamento era feito por hidroterapia e terapia comportamental⁹⁻¹⁰.

Assim, ao longo dos anos a definição de Depressão/Melancolia foi variando até ao 14º Século, época do Renascimento, onde se voltou a pensar que poderia ser uma patologia psiquiátrica, ideia essa que prevaleceu até à atualidade⁵⁻⁸.

Hoje acredita-se que a Depressão é uma patologia do foro psiquiátrico multifatorial, pode ter causas biológicas e/ou psicológicas. Como tal, o tratamento terá de ter em conta estes fatores para se conseguir obter a maior taxa de sucesso¹⁻⁴.

Deve-se, ainda, distinguir alguns conceitos, nomeadamente Humor Depressivo, Síndromes Depressivos e Perturbações Depressivas. O Humor depressivo é um sintoma que surge em perturbações psiquiátricas ou com outras doenças (iatrogénicas, oncológicas, entre outras). Se este sintoma for acompanhado de outros sintomas sugestivos de depressão, devemos denominar como Síndrome Depressivo, sendo que este vem associado a anedonia (perda de prazer). A Perturbação Depressiva é uma causa possível, mas não única, de um Síndrome Depressivo existindo, ainda, causas iatrogénicas ou orgânicas¹¹.

Epidemiologia e Fatores de Risco

A depressão é uma patologia cada vez mais frequente e recorrente². A OMS classifica a depressão como a 4ª doença que mais morbidade causa globalmente e projeta que em 2020 subirá para o 2º lugar¹². Jane Costello (2006) concorda que a incidência desta patologia tem vindo a aumentar, contudo argumenta que é devido a uma maior sensibilidade de diagnóstico para esta patologia em vez de ser uma “epidemia”¹³.

Em Portugal, não há muitos dados epidemiológicos sobre a depressão na infância e adolescência, mas segundo um estudo realizado em 2001 estima-se que a prevalência da doença seja 14,9%, com maior incidência na adolescência, quando comparado com a infância¹⁴. Um outro estudo realizado em 1995 nos Estados Unidos da afirma que a prevalência pontual de um Distúrbio Depressivo Major (DDM) é de 3% na criança e 8% no adolescente e ainda que a prevalência para toda a vida é de 15-20%. Também se pode concluir do estudo que 50% dos adultos com depressão tiveram o 1º episódio antes dos 20 anos¹⁵. Em 2012 realizou-se outro estudo que afirma que a persistência de Distúrbios depressivos é superior nos adolescentes, quando comparado com adultos, e pensa-se ser devido a uma recorrência da doença em vez de cronicidade¹⁶.

O risco de depressão aumenta ao longo da infância¹⁷, facto esse que Perou R. corroborou em 2013, quando realizou um estudo onde questionou cerca de 78000 pais nos Estados Unidos da América com o objetivo de compreender as características epidemiológicas da infância e da adolescência, concluindo que dos 3 aos 5 anos de idade, a prevalência da depressão era de 0,5%; dos 6 aos 11 anos, a prevalência era de 1,4%; dos 12 aos 17 anos, era de 3,5%¹⁸. Um outro estudo realizado em 2004 por Saluja G., revelou que 18% dos jovens inquiridos tinham sintomas depressivos mais prevalentes no sexo feminino (25%) do que no sexo masculino (10%)¹⁹. Confirmou, ainda, os resultados de Perou R. e considerou que o “bullying” seria um possível fator de risco, tanto para quem o pratica como para a vítima.

Em 2015, num estudo conduzido por Avenevoli S., concluiu-se que 11% dos adolescentes inquiridos tiveram Distúrbios depressivos em algum momento da sua vida e confirmou o estudo de Saluja G. que afirma que a sintomatologia é mais prevalente no sexo feminino²⁰. Contudo, quando falamos de crianças pré-puberes, a prevalência da depressão é mais frequente no sexo masculino²¹⁻²².

Outros estudos revelaram outros fatores de risco que poderão estar implicados nesta patologia, nomeadamente dano cerebral, baixo peso à nascença, trauma, história familiar de distúrbios de ansiedade ou de depressão, fatores psicossociais (dificuldades académicas, por exemplo), irritabilidade crónica ou outra patologia crónica, entre outros^{2,23-25}.

Fisiopatologia

No cérebro as estruturas pré-frontais e límbicas e os respectivos circuitos regulam a emoção e a função executiva²⁶ de tal forma que uma alteração disfuncional nestas regiões está implicada no desenvolvimento da depressão e do efeito do antidepressivo²⁷, contudo o conhecimento do cérebro humano não permite ainda localizar de forma precisa esta patologia, ao contrário do que acontece com outras patologias neuropsiquiátricas como Doenças de Parkinson, ou Esclerose Lateral Amiotrófica as lesões patológicas são em zonas específicas do Sistema Nervoso Central e estão bem estudadas²⁸.

Segundo Nestler EJ (2002), o conhecimento da função das regiões cerebrais em pessoas saudáveis pode ajudar a perceber quais são os aspetos da depressão que ativam as diferentes regiões. O núcleo estriado e a amígdala são importantes na memória emocional, tendo um papel importante no aparecimento de anedonia, ansiedade e baixa autoestima que predominam nestes doentes; o hipotálamo pode, também, ter uma função no desenvolvimento de outros sintomas como alteração do apetite, do sono e anedonia. No entanto, afirma que pode haver um circuito neural envolvido na depressão uma vez que estas regiões têm circuitos neurais entre si²⁸.

Uma meta-análise realizada em 2015 reportou que doentes com depressão têm padrões de ativação diferentes nas várias localizações do cérebro quando comparados com adolescentes normais, afirmando que a hiperativação do córtex cingulado anterior subgenual e do tálamo pelos estímulos emocionais podem levar a uma série de outros sintomas, que mesmo com a hiperativação do córtex pré-frontal dorsolateral e ventrolateral os doentes apresentam uma regulação da emoção ineficaz e que a anedonia é devido a uma hipoativação do cíneus (pequeno lobo do lobo occipital) e da porção posterior do lobo da ínsula²⁹.

A hipótese das monoaminas sugere que a depressão está relacionada com diminuição da quantidade ou diminuição das monoaminas existentes, sendo elas a Serotonina (5-HT), Norepinefrina (NE) e Dopamina (DA). Esta hipótese surgiu quando se prescrevia Reserpina, um fármaco antidepressivo que já não é utilizado atualmente e que diminuía o número de monoaminas e que estava associado a um risco aumentado de depressão²⁸. Alguns estudos genéticos também apoiam esta hipótese, referindo que existem polimorfismos funcionais para a região promotora do gene do transportador da serotonina, regulando a quantidade de transportador disponível de

modo que os doentes homozigóticos para o alelo pequeno encontram-se mais vulneráveis a desenvolver DDM e comportamentos suicidas³⁰.

Outro facto que torna esta hipótese bastante provável é que atualmente os antidepressivos têm como mecanismo de ação inibindo a recaptação neuronal (SSRI) ou inibindo a degradação (IMAO) fazendo com que atuem diretamente no sistema das monoaminas alterando a quantidade de neurotransmissores disponíveis^{27,28}.

Existe, ainda, uma outra hipótese que tenta explicar a fisiopatologia da depressão chamada Hipótese da Neurotrofina e Neurogénese. Esta propõe que as neurotrofinas são importantes na regulação da plasticidade neuronal, resiliência e neurogénese defendendo que a depressão está associada com a falta de suporte das neurotrofinas³¹. Os estudos que tentam provar esta hipótese têm tido como alvo principal o Factor Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), produzido em estruturas límbicas. Estudos em animais e humanos indicam que situações de stress e dor estão associadas a uma diminuição dos níveis de BDNF e, conseqüentemente, contribuem para alterações estruturais atroficas do hipocampo, córtex frontal medial e córtex cingulado anterior³⁰. Outra evidência a favor desta hipótese é a ação antidepressiva do BDNF, que foram observadas com a infusão direta de BDNF no hipocampo²⁷. Ainda assim, esta hipótese carece de investigação, mas pode vir a ser um potencial alvo no tratamento de DDM.

Há, ainda, outra hipótese que tenta explicar a fisiopatologia da depressão, englobando fatores neuroendócrinos uma vez que a depressão está associada a alterações hormonais.

Vários estudos mostram que alterações de humor e défices cognitivos, semelhantes à apresentação de DDM estejam associadas a hipercortisolismo^{32,33}, embora ainda não seja certo qual o seu significado, mas pensa-se que acontece devido a uma desregulação da secreção ou supressão destas hormonas. A tiroide também pode estar relacionada com a depressão uma vez que doentes com hipotireoidismo clínico se manifestam com sintomas depressivos que resolvem com suplementação hormonal²⁸. Pensa-se, também, que défice de estrogénios possa ter algum papel na etiologia depressiva na mulher, situação que ocorre no período pós-parto, por exemplo³⁴.

Assim, embora o conhecimento da fisiopatologia da depressão esteja a evoluir, não se pode afirmar que existe apenas uma forma de a desenvolver, considerando-se uma doença multifatorial que necessita de uma abordagem multidisciplinar para se perceber qual o mecanismo subjacente a cada quadro depressivo. Para um melhor conhecimento desta doença, será necessário realizar estudos com vista a compreender melhor a base biológica dos circuitos neurais nos doentes depressivos e conseguir as terapêuticas adequadas às alterações que surjam.²⁷⁻³⁰

Características Clínicas

Para se poder estabelecer um diagnóstico de Distúrbio depressivo, é necessária uma boa história clínica; é necessário que, após estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/jovem e os pais, se obtenha um conjunto de informações e interações que vão construindo um quadro de sinais e sintomas a que se possa atribuir um significado diagnóstico. Nesse ambiente relacional é necessário ir obtendo, não só, os sintomas atuais como também a história do desenvolvimento do doente.

É importante ouvir as queixas da criança/jovem e integrá-las no conjunto de informações fornecidas pelos pais, da escola e de todo o meio social em que a criança/jovem se insere.

A entrevista a sós com a criança/jovem é importante porque por um lado pode fornecer algumas informações que eram mais difíceis de ser faladas com os pais presentes e porque também nos informa sobre as capacidades do doente se separar dos pais e ter uma interação mais autónoma.

É importante conhecer não só as queixas principais que nos trazem, mas também aspetos muito diversos do quotidiano do doente como hábitos alimentares, de sono, capacidade de brincar ou de se ocupar, capacidade de estar só ou tendência ao isolamento, a forma como interage com os pais, irmãos e os pares. Sobretudo devemos estar atentos a alterações nestes aspetos que sejam significativos de patologia e que, por vezes podem ser confundidas com mudanças normais do desenvolvimento como é exemplo a tendência dos adolescentes se virarem mais para si e estarem mais no seu quarto. Nos adolescentes é importante, na entrevista, perceber como está a lidar ou a aceitar as mudanças corporais, dos caracteres sexuais secundários com todas as implicações que têm na sua relação com os pares.

É necessário estar atento e excluir patologias que, como veremos, podem provocar sintomatologia depressiva, pelo que pode ser necessário pedir alguns exames complementares de diagnóstico.

Em relação à história clínica, devemos pesquisar detalhadamente os sinais e sintomas que podem integrar este quadro clínico:²

- Humor depressivo – O doente sente-se triste, envergonhado, vazio na maior parte do tempo sendo este um dos sintomas cardinais no diagnóstico das doenças depressivas. Nos doentes em idade pediátrica, este sintoma é

manifestado geralmente por humor disfórico: humor persistentemente irritável, expressado como aborrecimento ou frustração, podendo ter reações agressivas com as pessoas com quem se relaciona. Este sintoma é mais notado em adolescentes do que em crianças uma vez que estas últimas conseguem reagir melhor a estímulos/eventos positivos.

- Anedonia – é caracterizado pelo desinteresse que o doente sente em atividades da vida diárias (exercício, ouvir música, atividade sexual ou interações sociais, por exemplo), que anteriormente achavam divertidas ou interessantes podendo levar a conflitos com familiares ou amigos e a isolamento social. É, também, um sintoma importante no diagnóstico de distúrbios depressivos.

- Alteração do sono – O padrão habitual de sono é comprometido podendo interferir com o funcionamento físico, mental, social e emocional do doente. Muitas vezes referem que o sono foi pouco reparador e sentem-se cansados ao longo do dia. Pode-se caracterizar por insónia, hiperinsónia ou sono fragmentado.

- Alteração no apetite ou peso – Os doentes podem vivenciar hiperfagia (necessidade de comer muito) ou anorexia (diminuição do apetite).

- Fadiga ou falta de energia – Pode ser explicado pelas alterações no padrão de sono, sentindo necessidade de descansar ao longo do dia ou dificuldade em iniciar certas atividades. A combinação deste sintoma com o humor irritável apresentado por grande parte dos doentes pediátricos pode gerar situações de conflito familiares ou interpessoais.

- Agitação ou Lentificação Psicomotora –A agitação é geralmente referida pelos pais ou professores, referindo que o doente não consegue estar quieto, agitando as pernas quando está sentado, puxando objetos constantemente, podendo ser muitas vezes confundido com PHDA. Já na lentificação o próprio doente consegue reconhecer que o seu discurso está mais pausado podendo haver alteração no timbre da voz, ou os seus movimentos habituais também estão mais lentos. Durante um episódio depressivo o doente pode começar por

expressar agitação, mas com o passar da doença pode desenvolver um quadro mais lentificado e vice-versa.

- **Ideação auto-depreciativa** – É relatado pelo doente que se sente inútil, culpado, apresentando baixa auto-estima tendo tendência a isolar-se e a criar conflitos nas relações pessoais. Podemos tentar avaliar esta ideação através de histórias que nos contam, passando apenas a ideia que só têm sucessos na sua vida académica, pessoal com vista a tentarem disfarçar a verdadeira imagem que têm de si.

- **Dificuldade em concentrar** – Geralmente é notado pelos professores, referindo que o doente não está atento, concentrado e que o seu pensamento parece mais lentificado, refletindo-se num pior desempenho escolar.

- **Ideação suicida** – Os doentes podem ter pensamentos recorrentes de morte, suicídio ou tentativa de suicídio. É um sintoma de DDM que preocupa as famílias e suscita grande atenção por parte dos profissionais de saúde uma vez que o doente pode consumir comportamentos suicidários. Geralmente a depressão não surge de início com manifestações de carácter suicidário, estes habitualmente surgem após outros sintomas como humor depressivo e baixa autoestima.

Outros sintomas mais gerais como cefaleias ou dor abdominal e lombar podem estar presentes nos doentes com depressão³⁵.

Um estudo revelou que os sintomas mais frequentes em doentes pediátricos com depressão é o humor depressivo, problemas nas relações interpessoais, anedonia, baixa autoestima e baixo rendimento. Revelou, ainda, que 11% dos doentes indicaram pensamentos suicidas, mas que nunca tomariam ações, enquanto que 4,3% tomariam. O aborrecimento também foi frequente, embora não tanto como os restantes sintomas³⁶.

Podemos recorrer a vários questionários para tentar avaliar os sintomas do doente. Um dos exemplos mais utilizados na prática clínica é o MFQ (Mood and Feelings Questionnaire) uma vez que não só permite analisar respostas do doente (criança ou adolescente), mas também dos pais ou até mesmo professores com vista a compreender melhor a situação do doente. Por exemplo, neste questionário dirigido

ao doente as perguntas são sobre sentimentos ou ações que tiveram nas últimas duas semanas, como “Senti-me miserável ou triste” ou “Eu odiei-me”, entre outras³⁷.

Outro questionário que pode ser realizado é o KADS (Kutcher Adolescent Depression Scale) tendo a versão de 6 ou de 11 tópicos e é direcionado apenas para adolescentes. A versão de 6 tópicos tem como objetivo servir de ferramenta para identificar os adolescentes com risco de depressão ou que possa ter outra patologia psiquiátrica. Tem também a vantagem de se encontrar disponível em Português³⁸.

Na observação do doente devemos estar atentos às expressões faciais do doente, como estar pouco sorridente ou pouco expressivo, ou à sua postura no consultório (impaciente ou adinâmico). Uma outra forma de avaliarmos o comportamento do doente, especialmente se for criança, é pedir para fazer alguns desenhos através dos quais podemos conhecer as suas fantasias, a capacidade imaginativa, temas depressivos, manifestações sobre o ambiente em casa e na escola e interpretar o desenho em si e a cor.

Em caso de suspeita de uma patologia subjacente que cause depressão, como Doença de Addison, Esclerose Múltipla ou Lúpus Eritematoso Sistémico, podemos pedir exames complementares de diagnóstico para confirmar a suspeita, como Hemograma ou Bioquímica³⁹⁻⁴³.

Como diagnosticar

Segundo o DSM-5, os transtornos depressivos são um grupo de doenças psiquiátricas, todas caracterizadas por disforia (principalmente tristeza ou irritabilidade). Elas são: DDM (ou Depressão Major Unipolar), Distúrbio disruptivo da desregulação do humor, Distímia (Distúrbio Depressivo Persistente), Depressão Minor, Distúrbio depressivo devido a outra condição médica, Distúrbio depressivo induzido por drogas, Distúrbio disfórico pré-menstrual, outro Distúrbio depressivo especificado e Distúrbio depressivo não-especificado².

Uma vez que o DSM-5 é globalmente utilizado como manual de referência no diagnóstico das doenças psiquiátricas, os critérios abordados vão de acordo com este. De realçar que os critérios de diagnóstico dos adultos também se aplicam no diagnóstico dos doentes em idade pediátrica, não distinguindo infância e adolescência, no entanto um dos sintomas cardinais nos doentes em idade pediátrica é a irritabilidade marcada⁴⁴.

A DDM é caracterizada por um ou mais episódios depressivos major sem história de mania ou hipomania (daí ser também designada como Depressão Major Unipolar). Para se poder diagnosticar, em primeiro lugar é necessário que seja diagnosticado um episódio de depressão grave e, como tal, o doente tem de ter evidenciado 5 (ou mais) dos seguintes sintomas num período de duas semanas, sendo pelo menos um deles a disforia ou a anedonia (falta de prazer):

- Disforia na maior parte do dia;
- Anedonia acentuada na maior parte do dia nas atividades de vida diárias;
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar a fazer dieta;
- Insónia;
- Agitação;
- Fadiga quase todos os dias;
- Sentimento de inutilidade ou culpa inapropriada;
- Capacidade diminuída para pensar;
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida.

Para além deste primeiro critério, para se diagnosticar como episódio depressivo major os sintomas devem causar um sofrimento significativo ou trazer

consequências na vida pessoal ou profissional e o quadro clínico não é atribuível a efeitos de qualquer substância ou outra condição médica.

Em segundo lugar, para ser considerada uma depressão unipolar, o episódio depressivo major não é explicado por outro distúrbio como esquizofrenia e não pode haver história pessoal de episódio prévio de mania ou hipomania.

No Distúrbio Disruptivo da Desregulação do Humor, é necessário que todos os critérios sejam cumpridos, sendo eles:

- Sentimentos de raiva recorrentes e manifestados pela linguagem ou comportamento, desproporcionais à situação ou provocação, sendo eles inconsistentes com o nível de desenvolvimento e ocorrendo, no mínimo, 3 vezes por semana. O humor entre estes quadros explosivos é persistentemente irritável na maior parte do dia, observável por outras pessoas antes dos 10 anos de idade;

Estes sintomas estão presentes por 12 meses, no mínimo, sendo que nesse período não houve 3 meses consecutivos sem o critério ser totalmente cumprido e estes sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes (casa, escola, por exemplo).

- O diagnóstico não deve ser feito antes dos 6 anos ou após os 18 anos de idade;
- O doente nunca teve um episódio que durasse mais de um dia, onde os critérios de mania ou hipomania fossem cumpridos (exceto duração);
- Os sintomas não ocorrem apenas durante episódios depressivos major unipolares, e não são explicados por outros distúrbios ou efeitos de substâncias.

O diagnóstico não pode coexistir com distúrbios bipolares ou explosivos intermitentes, mas pode com DDM, Déficit de atenção/Hiperatividade e Distúrbios por consumo de substâncias.

A Distímia, ou Distúrbio Depressivo Persistente, é caracterizado por um humor irritável na maior parte do dia, quase diário num período mínimo de 1 ano em idade pediátrica (ao contrário dos adultos, onde é caracterizado por humor depressivo num

período de 2 anos), que traga consequências a nível pessoal e profissional. Deve, ainda, ter a presença de dois ou mais sintomas acompanhantes:

- Insónia ou Hiperinsónia;
- Fadiga;
- Baixa autoestima;
- Sentimentos disfóricos;
- Appetite diminuído ou alimentação em excesso;
- Falta de concentração.

Durante este período mínimo de um ano, estes sintomas não podem ter estado ausentes por mais de dois meses. Um episódio de depressão major pode estar presente durante o período de distímia.

De realçar que na história pessoal do doente, não pode ter ocorrido um episódio de mania ou hipomania e que esta perturbação não é explicada por outro distúrbio, efeito de substâncias ou outra condição médica.

A Depressão Minor é um distúrbio menos severo que a DDM⁴⁵, sendo que os seus critérios de diagnóstico incluem 2 dos 4 sintomas depressivos previamente descritos, onde pelo menos um é disforia ou anedonia trazendo, ainda assim, consequências a nível pessoal ou profissional.

O Distúrbio Depressivo Induzido por Drogas é uma doença onde há uma perturbação persistente do humor, em que a irritabilidade é o sintoma cardinal, ou anedonia. Esta perturbação do humor ocorre durante, ou após, a toma de certas substâncias (cocaína, opiáceos) ou medicamentos (corticosteroides sistémicos³²⁻³³ ou isotretinoína³⁹⁻⁴⁰, por exemplo), capazes de produzir estes sintomas. Ainda assim, esta doença não pode ser diagnosticada nas seguintes situações:

- A alteração de humor precede a intoxicação pela substância em causa;
- O distúrbio persiste por um longo período após a cessação medicamentosa (aproximadamente um mês);
- O distúrbio ocorre somente num episódio de delírio;
- Há história prévia de episódios depressivos recorrentes.

O Distúrbio Depressivo devido a outra condição médica consiste num humor irritativo persistente ou anedonia, mas onde os achados da história clínica, exame físico ou exames auxiliares de diagnóstico nos indicam que é causado por outra condição (esclerose múltipla⁴¹, hipercortisolismo⁴², Lúpus Eritematoso Sistémico⁴³⁻⁴⁵, entre outras). Assim, deve-se tentar estabelecer uma relação etiológica entre o Distúrbio depressivo e a condição médica, por meio de um mecanismo fisiológico. Devido à dificuldade de determinar com certeza esta relação, pode-se associar o tempo entre o início, exacerbação ou remissão da condição médica e a sua relação com o distúrbio depressivo.

O Distúrbio disfórico pré-menstrual é um distúrbio caracterizado por pelo menos 5 sintomas presentes na semana antes do início da menstruação, que melhoram com o início desta e tornam-se mínimos na semana pós-menstrual, estando presentes em quase todos os ciclos menstruais por um período de um ano, sendo eles:

- Mudanças de humor acentuadas;
- Disforia;
- Ansiedade marcada;
- Irritabilidade marcada;
- Anedonia;
- Letargia, fadiga;
- Dificuldade na concentração;
- Insónia ou Hiperinsónia;
- Alteração do apetite;
- Sintomas físicos, como dor muscular, sensibilidade mamária;
- Sentir-se “fora do controlo”.

Estes sintomas estão associados a sofrimento significativo, nomeadamente consequências a nível pessoal e profissional. Para se efetuar este diagnóstico, o distúrbio não pode ser considerado uma exacerbação de outro distúrbio depressivo (como distímia) nem pode ser consequência de outra condição médica ou substância.

O diagnóstico de Outro Distúrbio depressivo especificado aplica-se aos doentes com sintomas depressivos que causem impacto na sua vida diária, mas não têm critérios para se considerar um dos distúrbios previamente mencionados sendo,

assim, usado em situações em que o médico opta por revelar o motivo específico pelo qual o quadro clínico não satisfaz os critérios todos (por exemplo, um caso depressivo de curta duração, onde satisfaz os critérios de DDM mas com um período inferior a duas semanas).

O Distúrbio depressivo inespecífico, ou não-especificado, aplica-se aos doentes que apresentem um quadro depressivo que cause impacto na sua vida diária, mas não têm os critérios todos para se atribuir uma causa a esta depressão. Ou seja, são diagnosticados quando o médico não consegue atribuir a apresentação do quadro clínico aos critérios de um Distúrbio específico, por falta de informação por exemplo.

Existe, ainda, uma Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) criada pela OMS, cujos critérios de diagnóstico são semelhantes aos do DSM-5, contudo os distúrbios podem ter designações diferentes. Um episódio depressivo é classificado como leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos ou grave com sintomas psicóticos (alucinações, delírios, lentificação psicomotora), atípicos ou não-especificados.

Um episódio depressivo recorrente é caracterizado por vários episódios depressivos, sem que haja história de sintomas sugestivos de mania ou hipomania. Quando estamos perante um episódio recorrente, apenas classificamos o episódio depressivo atual como foi descrito anteriormente.

Os distúrbios de comportamento persistentes incluem Ciclotímia (Comportamento instável com vários períodos depressivos com relação leve, não sendo possível o diagnóstico de distúrbio bipolar ou distúrbio depressivo recorrente), Distímia e outros não-específicos.⁴⁶

Diagnósticos diferenciais

Devido à grande prevalência de sintomas depressivos na comunidade, um dos grandes desafios na prática médica passa por distinguir depressão clínica de momentos positivos/negativos da vida de um adolescente ou de outras patologias que podem mimetizar um quadro depressivo⁴⁷⁻⁴⁸.

Assim sendo, devemos começar por distinguir o que é uma alteração do humor normal de uma alteração patológica. Na infância e adolescência, mas especialmente na puberdade e adolescência, é de esperar que haja várias alterações de humor, devido às transformações biológicas e cognitivas que ocorrem neste período⁴⁹. Uma das principais diferenças é que no adolescente com depressão patológica há uma alteração do comportamento, ou seja, encontra-se mais irritado, triste, com anedonia e aborrecido. O pensamento suicida e o isolamento social são outras características que nos fazem pensar num processo patológico. Num adolescente saudável, o humor depressivo que apresentam ocorre geralmente em resposta a algum evento de vida que o tenha marcado, durando pouco tempo enquanto que na depressão os sintomas estão presentes de forma diária durante um período mínimo de duas semanas².

Devemos, também, perceber se estamos perante um Distúrbio Bipolar e, para isso, é necessário investigar a história prévia do doente e saber se há algum episódio de mania ou hipomania, uma vez que é um dos critérios de exclusão de DDM, ou se tem história familiar de doença bipolar. Especial dificuldade surge quando os episódios depressivos ocorrem antes do episódio de mania ou quando os sintomas depressivos ocorrem com maior frequência que os sintomas de mania⁵⁰⁻⁵². Como tal, e de acordo com Smith DJ no estudo realizado em 2011, a doença bipolar pode ser subvalorizada e erradamente diagnosticada como DDM entre 3,3 e 21,6% dos casos⁵³.

Outro diagnóstico a ser excluído quando falamos de transtornos depressivos, é o Distúrbio de adaptação com humor deprimido que se caracteriza por um episódio depressivo que ocorre em resposta a um fator psicossocial. Embora este quadro possa ser persistente (devido a vários fatores ou a recorrência de alguns eventos), esta patologia não tem critérios para se considerar um Distúrbio Depressivo Especificado⁵⁴⁻⁵⁵. É vulgarmente usada na clínica e o seu diagnóstico é criticado uma vez que os seus critérios de diagnóstico não são consensuais, embora o DSM-5 nos diga que para se diagnosticar é necessário que o fator provocador tenha ocorrido até três meses antes do aparecimento dos sintomas, que o quadro clínico tenha um grande impacto na vida pessoal e profissional do doente, que não tenha critérios para

ser considerado um Distúrbio Depressivo Especificado e que o quadro se resolva até seis meses após o término do fator precipitante.

Algumas formas de depressão podem ter sintomas psicóticos como delírios e alucinações o que exige diagnóstico diferencial com Esquizofrenia. Também é necessário excluir uma fase prodrômica de esquizofrenia, que pode ter uma forma de apresentação sobreponível a um quadro típico de depressão, e, muitas vezes, a decisão diagnóstica é feita pela evolução da doença esquizofrénica⁵⁶.

A Perturbação de hiperatividade e de déficit de atenção (PHDA) é um dos grandes desafios na prática médica, uma vez que os doentes apresentam frequentemente sintomas emocionais e de depressão; frequentemente têm irritabilidade, baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, dificuldade em obter prazer, sintomas que também aparecem nos quadros depressivos e na DDM⁵⁷.

Comorbilidade e Evolução

O termo Comorbilidade Clínica refere-se à presença de dois ou mais distúrbios distintos, presentes em simultâneo no mesmo doente e relevantes para o prognóstico, evolução da doença e resposta ao tratamento⁵⁸, sendo mais prevalentes nos doentes com DDM⁵⁹.

Um estudo realizado em 1999 relata que cerca de dois terços dos adolescentes com depressão têm pelo menos uma comorbilidade e 10-15% apresentam duas ou mais⁶⁰. No estudo de Avenevoli S em 2015 concluiu que nos doentes com DDM pelo menos uma comorbilidade psiquiátrica estava presente em mais de 60% destes²⁰.

Um estudo conduzido por Angold A e Costello EJ em 1993, concluiu que as comorbilidades mais frequentes nos doentes com depressão eram Distúrbios de Conduta (21-83%), Distúrbios de Ansiedade (30-75%) e PHDA (0-57,1%)⁶¹. Segundo Thapar A et al (2012), adolescentes com depressão têm 6 a 12 vezes mais probabilidade de ter Distúrbios de Ansiedade, 4 a 11 vezes de ter um Distúrbio Disruptivo e 3 a 6 vezes maior risco de consumirem substâncias de forma incontrolável (como álcool ou drogas), quando comparado com o adolescente saudável⁵⁹. Avenevoli S (2015) considera também que as comorbilidades mais frequentes são Distúrbios de Ansiedade, PHDA, Distúrbios Disruptivos e consumo de substâncias de forma incontrolável²⁰.

Estas comorbilidades podem ser explicadas pela sobreposição dos quadros clínicos e pela partilha dos mesmos fatores de risco entre as várias patologias podendo, mesmo assim, ser consequência da depressão⁵⁹⁻⁶². Quando o doente apresenta um Transtorno Depressivo e uma outra Patologia Psiquiátrica, em primeiro lugar devemos tratar a Depressão sabendo sempre que a comorbilidade que daí advém terá de ser tratada posteriormente⁵⁹.

Pensa-se que a DDM nos adolescentes é um fator predisponente para a aterosclerose prematura e a doenças cardiovasculares, devido essencialmente ao aumento dos fatores de risco (Diabetes Mellitus e Obesidade)⁶³.

A evolução da doença parece ser mais heterogénea em doentes pré-púberes que adolescentes.

Na criança pré-púbere um episódio de DDM tem, em média, uma duração cerca de 8 a 13 meses, com taxas de recorrência que podem chegar aos 70% enquanto que no adolescente a duração de um episódio de DDM é cerca de 7-10

meses com taxas de recorrência semelhantes. Nos doentes com DDM em idade pediátrica, 60-90% dos doentes tratados atingem a remissão no prazo de um ano com recorrências muito frequentes ao longo da vida⁵⁹.

Assim, é fácil compreender que uma criança ou adolescente que tenha tido um episódio depressivo major tenha maior probabilidade de voltar a desenvolver na adolescência ou na vida adulta, principalmente se tiverem história familiar de distúrbios de humor, contudo esta correlação é mais forte quando o episódio ocorre após a puberdade. Outros fatores de risco que aumentam a probabilidade de recorrência são: história prévia de distúrbios depressivos, presença de sintomas depressivos residuais assim como comorbilidades, fatores precipitantes e pouco apoio social⁶⁴.

É importante, ainda, realçar que os doentes podem não só desenvolver Distúrbios depressivos, mas também Distúrbios bipolares, da ansiedade, da conduta ou abuso de substâncias⁴⁷.

Tratamento

Os distúrbios depressivos não tratados podem afetar o desenvolvimento das competências emocionais, cognitivos e sociais da criança⁵⁹. Atualmente, as intervenções terapêuticas são baseadas em consensos e em critérios de evidência científica, devendo optar-se por uma intervenção multimodal envolvendo intervenções psicoeducativas, farmacológicas, psicoterapêuticas e abordagens familiares⁶⁵.

O tratamento da depressão deve ter sempre em conta a abordagem familiar uma vez que o envolvimento e a cooperação destes são fatores que aumentam a probabilidade de sucesso. Na prática médica deve-se sempre pesar os riscos e os benefícios de cada terapêutica para se decidir qual a melhor opção para cada doente. Em geral, devemos ter em conta vários fatores para se decidir a intervenção a utilizar: devemos saber qual a severidade da doença, se é uma recorrência ou primeiro episódio, a comorbilidade, qual o tipo de transtorno depressivo, a idade do doente, se o doente vai aderir ao tratamento, se já realizou algum e se foi eficaz e qual a sua motivação⁶⁵.

O primeiro passo na terapêutica passa pelo estabelecimento de uma relação de confiança e pela psicoeducação. Devemos começar por explicar ao doente e familiares quais são os sinais e sintomas de depressão, opções de tratamento, prognóstico e em que medida a doença afeta as relações interpessoais⁶⁶. Nem sempre é fácil comunicar com estes e, como tal, devemos adaptar a nossa linguagem de forma a conseguir transmitir a maior quantidade de informação possível sobre a doença de forma eficaz sendo que um dos principais objetivos é conseguir que os pais reconheçam alguns sinais ou sintomas de alarme, nomeadamente ideias suicidas ou anedonia marcada⁶⁷. Atualmente há um ensaio clínico a decorrer para avaliar a eficácia da psicoeducação familiar em doentes com DDM durante mais de 1 ano com vista a verificar se pode ser um novo método de reabilitação para os doentes com DDM com duração superior a 1 ano⁶⁸.

Em seguida temos de optar por psicoterapia, farmacoterapia ou uma combinação dos dois.

A Psicoterapia é essencialmente recomendada em casos de depressão aguda leve ou moderada - Psicoterapia psicodinâmica, Terapia interpessoal, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Psicoterapia de suporte, Terapia comportamental, Terapia de Grupo e Terapia Familiar⁶⁹.

A TCC é uma das formas de psicoterapia mais estudada e quetem como uma das suas premissas que os doentes depressivos têm uma imagem distorcida deles próprios e do mundo, fatores que contribuem para a sua doença e que podem ser identificados e corrigidos.

A Terapia interpessoal foca-se em problemas interpessoais que possam estar associados à depressão (como disputas com os pais, dificuldade em adaptar-se a um divórcio parental, entre outros) e geralmente é utilizado em situações agudas de DDM, tendo uma baixa taxa de recorrência da doença.

A Psicoterapia psicodinâmica ajuda as crianças a conhecerem-se melhor, a expressarem os seus sentimentos e a saberem identifica-los corretamente, a melhorar a autoestima, adaptar melhor os seus comportamentos aos eventos do dia-a-dia e a melhorar as interações com outras pessoas⁶⁴.

A Terapia farmacológica ainda não está bem estudada nos doentes depressivos em idade pediátrica fazendo com que o perfil de eficácia e segurança ainda não tenham sido bem estabelecidos. No entanto, alguns grupos de fármacos antidepressivos têm sido estudados, demonstrando que a eficácia clínica nos doentes mais novos é menor que nos adultos, mas, apesar destas limitações, recomenda-se a prescrição de um antidepressivo na depressão grave⁷⁰. Os dois grandes grupos de antidepressivos mais prescritos na prática clínica são os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (SSRI) e os Antidepressivos Tricíclicos (ADT).

Os SSRI (como Fluoxetina) são uma classe de fármacos cuja ação primária é, como o nome indica, inibir a recaptação de serotonina através da inibição do seu transportador e podem, dependendo do fármaco, inibir também a enzima CYP2D6 levando ao aparecimento de um Síndrome Serotoninérgico³⁰. Uma vez que o seu intervalo terapêutico é grande, com baixa taxa de letalidade em situações de overdose, e a sua eficácia é superior à dos outros ADT, esta classe de fármacos é a mais usada em adolescentes.

Os ADT (como amitriptilina ou clomipramina) são fármacos cujos efeitos adversos como obstipação, xerostomia e cardiotoxicidade, são atribuíveis ao seu efeito antimuscarínico³⁰. A eficácia destes fármacos em idade pediátrica é baixa quando comparado com doentes a tomarem placebo, segundo uma meta-análise realizada em 2013⁷¹. Assim, devido aos seus efeitos laterais e à sua baixa eficácia, têm entrado em desuso a favor dos SSRI.

Portanto, no caso de estarmos perante um episódio depressivo agudo o nosso objetivo principal, para além da remissão dos sintomas e o retorno do doente à sua vida normal, é ajudá-lo a prevenir e enfrentar episódios futuros. Dependendo da severidade da doença, da duração e dos sintomas, a nossa escolha terá de ser pensada de forma individual. Assim, em doentes com depressão moderada a severa, recomenda-se uma terapêutica mista, isto é, associar psicoterapia a terapia farmacológica como tratamento inicial, associando um SSRI, como a Fluoxetina, com TCC. No caso de não haver melhoria com o tratamento 6-12 semanas depois, deve-se reavaliar o diagnóstico para excluir um Distúrbio Bipolar e perceber se há algum fator precipitante ou comorbilidade que esteja a dificultar a melhoria do quadro para se poder substituir o antidepressivo e manter a psicoterapia⁶⁴.

Em último caso, pode-se optar por uma Terapia eletroconvulsivante, cuja eficácia foi comprovada num estudo em 2013⁷². Contudo, esta opção terapêutica usa-se numa pequena percentagem dos doentes uma vez que aproximadamente 60% recupera após o tratamento inicial⁶⁴.

É recomendado a todos os doentes que recuperam de um episódio agudo (moderado ou severo) que seja feito um tratamento prolongado com vista a prevenir as recidivas onde a psicoterapia e farmacoterapia deva ser a mesma que foi utilizada no tratamento do episódio agudo⁶⁴. Este tratamento é recomendado entre 6-12 meses depois da remissão completa dos sintomas depressivos⁷³. Se depois destes meses o doente continuar sem sintomas e não apresentar fatores de risco significativos para recorrência da doença o tratamento pode ser descontinuado⁶⁴.

Em outubro de 2003, foi lançado nos Estados Unidos da América um aviso público devido ao grande número de casos de adolescentes e crianças que tomavam antidepressivos e tentavam cometer suicídio e em dezembro de 2003, no Reino Unido, foi aconselhado a todos os médicos a não se prescrever qualquer antidepressivo em doentes pediátricos. Estes avisos causaram um grande alarme não só nestes países, mas em todo o mundo tanto é que em 2006 começaram a analisar estudos clínicos e concluíram que este problema pode acontecer também em jovens adultos sendo, assim, dependente da idade. Pensa-se que isto está relacionado com a maturação dos sistemas neurotransmissores⁷⁴. Contudo, existem estudos que não conseguem relatar evidência de que o tratamento com antidepressivos tenha relação com o aumento da incidência de comportamentos suicidas⁷⁵ e estudos que corroboram este aviso⁷⁶. Assim, deve-se ter cuidado na prescrição de um antidepressivo baseando-se sempre na relação risco-benefício, informando o doente e familiares dos possíveis

efeitos laterais, tentando monitorizar e vigiar o doente no início da terapêutica uma vez que é o pico de incidência deste risco suicida⁷⁷.

Conclusão

A Depressão é uma doença psiquiátrica que no passado era descrita como Melancolia no segundo milénio A.C. e que a sua definição foi variando até aos dias de hoje, sendo descrita como uma patologia que causa um sentimento persistente de tristeza e perda de interesse.

Atualmente, acredita-se que é uma patologia multifatorial que pode ter causas biológicas e/ou psicológicas e que afeta cerca de 350 milhões de pessoas em todo o Mundo, sendo classificada pela OMS como a 4ª doença com maior morbilidade, projetando que em 2020 subirá para o 2º lugar. Em Portugal, estima-se que a prevalência da doença é 14,9%, com maior incidência na adolescência, quando comparado com a infância.

Existem vários fatores de risco, nomeadamente o sexo feminino, o “bullying” (quem o pratica e a vítima), dano cerebral, trauma, história familiar de distúrbios de ansiedade ou de depressão, fatores psicossociais, baixo peso à nascença, entre outros.

Há 3 hipóteses que tentam explicar a fisiopatologia da depressão, sendo elas a hipótese das monoaminas, a hipótese da neurotrofina e neurogénese e a hipótese dos fatores neuroendócrinos, não se podendo afirmar que existe apenas uma forma de desenvolver a doença.

Para a realização de um bom diagnóstico de um distúrbio depressivo a história clínica é fundamental, estabelecendo em primeiro lugar uma relação de confiança com o doente e os pais com vista a obter informações e interações a que se possa atribuir um significado diagnóstico. Os principais sinais e sintomas que podem integrar um quadro clínico depressivo são: o Humor depressivo, a Anedonia, alterações do padrão de sono ou apetite, Fadiga, Agitação ou lentificação psicomotora, Ideação auto-depreciativa, dificuldade em concentrar e Ideação suicida. Devemos, ainda, estar atentos à expressão facial do doente e avaliar o comportamento do doente (no caso de uma criança, pedir para fazer um desenho e interpretar).

Depois de termos um quadro clínico bem estruturado de sinais e sintomas, podemos fazer o diagnóstico clínico de um dos distúrbios depressivos segundo os critérios do DSM-5, que são: DDM, Distúrbio disruptivo da desregulação do humor, Distímia, Depressão Minor, Distúrbio depressivo devido a outra condição médica,

Distúrbio depressivo induzido por drogas, Distúrbio disfórico pré-menstrual ou outros distúrbios depressivos especificados e não-especificados.

Devemos, ainda, distinguir se o quadro clínico é um processo normal da adolescência ou se é patológico e, caso seja patológico, é necessário ter em conta que existem outras patologias que podem mimetizar quadros depressivos e que devem ser excluídas, nomeadamente um Distúrbio Bipolar, Distúrbio de adaptação com humor deprimido, Esquizofrenia, PHDA, entre outros.

Se não for tratado, o distúrbio depressivo pode afetar o normal desenvolvimento das competências emocionais, cognitivas e sociais da criança e, como tal, devemos optar por uma intervenção multimodal envolvendo a psicoeducação, terapêutica farmacológica, psicoterapia e abordagens familiares.

No caso de um doente com um episódio depressivo agudo, começa-se pelo estabelecimento de uma relação de confiança e pela psicoeducação, explicando ao doente e familiares os quadros clínicos possíveis de depressão, intervenções terapêuticas e prognóstico e tirar as dúvidas todas que surjam. Seguidamente, devemos optar por psicoterapia, farmacoterapia ou uma combinação destas.

Se for um episódio leve ou moderado, a psicoterapia está recomendada, sendo que as suas modalidades passam por Psicoterapia psicodinâmica, Psicoterapia de suporte, Terapia interpessoal, Familiar, Comportamental e de grupo e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em que esta última é a mais bem estudada.

Nos casos moderados a graves, podemos associar terapia farmacológica à psicoterapia, associando um SSRI (como Fluoxetina) com TCC. Devido à controvérsia gerada em 2003 sobre o risco aumentado de suicídio nos doentes medicados com antidepressivos, estes devem ser cautelosamente prescritos baseando-se na relação risco-benefício, informando o doente e familiares dos possíveis efeitos laterais e monitorizados no início da terapêutica.

Acrescenta-se, ainda, que um doente que recupere de um episódio agudo, o tratamento deve ser prolongado, entre 6-12 meses, com vista a prevenir recidivas da doença.

Referências Bibliográficas

1. Marcus M, Taghi Yasamy M, Ommeren Mark V, Chisholm D, Saxena S(2012) "Depression: A Global Public Health Concern", World Health Organization
2. American Psychiatric Association, (2013). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", fifth ed., DSM-5, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Goodyer I, (2001). "The depressed child and adolescent", Cambridge University Press, 2nd edition, Cambridge
4. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. "Depression in children and adolescents". In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
5. Davison K (2006). "Historical aspects of mood disorders". Psychiatry 5 (4): 115–18
6. Nemade R, Reiss NS, Dombeck M. (2007) "Historical Understandings of Depression"
7. Berrios GE (1988). "Melancholia and depression during the 19th century: A conceptual history". The British journal of psychiatry : the journal of mental science
8. Crocq M "A history of anxiety: from Hippocrates to DSM". Dialogues ClinNeurosci. 2015 Sep; 17(3): 319–325
9. Shorter E. (2005) "A Historical Dictionary of Psychiatry". Oxford, UK: Oxford University Press
10. Radden, J (March 2003). "Is this dame melancholy? Equating today's depression and past melancholia". Philosophy, Psychiatry, & Psychology
11. Goodyer, I., (2001). "The depressed child and adolescent", Cambridge University Press, 2nd edition, Cambridge
12. Harkness J, Pennell BE, Villar A, Gebler N, Aguilar-Gaxiola S, Bilgen I. Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative. In: Kessler RC, Üstün TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York, NY: Cambridge University Press; 2008. pp. 91–113

13. Jane Costello E., Erkanli A., Angold A. "Is there an epidemic of child or adolescent depression?" *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:12 (2006), pp 1263–1271
14. Bento A., Carreira M., & Heitor M. (2001). *Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério de Saúde.
15. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1427
16. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ "Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement". *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Apr;69(4):372-80
17. Wesselhoeft R, Sorensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *J Affect Disord* 2013; 151:7
18. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, et al. Mental health surveillance among children-United States, 2005- 2011. *MMWR Suppl* 2013; 62:1
19. Saluja G, Iachan R. "Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents". *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Aug;158(8):760-5.
20. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, et al. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54:37
21. Sheikh RM, Weller EB. "Prepubertal depression: diagnostic and therapeutic dilemmas" *Curr Psychiatry Rep*. 2006 Apr;8(2):121-6.
22. Weissman MM, Wolk S. "Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up" *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Sep;56(9):794-801

23. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, et al. "Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents." *Arch PediatrAdolesc Med* 2004; 158:760
24. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, et al. "Prevalence and Effect of Cyberbullying on Children and Young People: A Scoping Review of Social Media Studies." *JAMA Pediatr* 2015; 169:770
25. Bowes L, Joinson C, Wolke D, Lewis G. "Peer victimisation during adolescence and its impact on depression in early adulthood: prospective cohort study in the United Kingdom." *BMJ* 2015; 350:h2469
26. Chirita AL, Gheorman V, Bondari D, Rogoveanu I. "Current understanding of the neurobiology of major depressive disorder." *Rom J MorpholEmbruol.* 2015;56(2 Suppl):651-8
27. Krishnan V, Nestler EJ. "The molecular neurobiology of depression" *Nature* Vol455 2008 October
28. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, et al. "Neurobiology of Depression" *Neuron*, Vol. 34, 2002 March 28: 13-25
29. Miller CH, Hamilton JP, et al. "Meta-analysis of Functional Neuroimaging of Major Depressive Disorder in Youth." *JAMA Psychiatry.* 2015 Oct;72(10):1045-53
30. Katzung, Bertram G., Susan B. Masters, and Anthony J. Trevor. "Basic & clinical pharmacology." New York: McGraw-Hill Medical 2012.
31. Schinder AF, Poo M. "The neurotrophin hypothesis for synaptic plasticity." *Trends Neurosci.* 2000 Dec;23(12):639-45
32. Barrimi M, Aalouane R, Aarab C, et al. "Prolonged corticosteroid-therapy and anxiety-depressive disorders, longitudinal study over 12 months." *Encephale* 2013 Feb;39(1):59-65

33. Szigethy E, Youk AO, Gonzalez-Heydrich J, et al. "Effect of 2 psychotherapies on depression and disease activity in pediatric Crohn's disease" *Inflamm Bowel Dis*. 2015 Jun;21(6):1321-8
34. Peñacoba-Puente C, Marín-Morales D, et al. "Post-Partum Depression, Personality, and Cognitive-Emotional Factors: A Longitudinal Study on Spanish Pregnant Women." *Health Care Women Int*. 2016;37(1):97-117
35. Vic P, Ramé E, Robert-Dehault A et al. "Adolescents in the Pediatric Emergency Department: Detection of risk behavior and depression." *Arch Pediatr*. 2015 Jun;22(6):580-94
36. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, et al. "Symptoms of Depression and Anxiety in Pediatric Epilepsy Patients" *Epilepsia* 1998;19(6):595-599
37. Angold A, Costello EJ, Messer SC et al. "The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents." *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:237–249.
38. Brooks SJ, Krulewicz S, Kutcher S. "The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial." *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2003; 13:337–349.
39. Borovaya A, Olisova O, Ruzicka T, Sárdy M. "Does isotretinoin therapy of acne cure or cause depression?" *Int J Dermatol*. 2013 Sep;52(9):1040-52
40. Nevoralová Z, Dvoraková D. "Mood changes, depression and suicide risk during isotretinoin treatment: a prospective study." *Int J Dermatol*. 2013 Feb;52(2):163-8
41. Schippling S, O'Connor P, Knappertz V. et al. "Incidence and course of depression in multiple sclerosis in the multinational BEYOND trial" *J Neurol*. 2016 May 13
42. Bratek A, Kozmin-Burzynska A, Gorniak E et al. "Psychiatric disorders associated with Cushing's syndrome" *PsychiatrDanub*. 2015 Sep;27 Suppl1:S339-43

43. Chaudhury D, Qureshi A, et al. "Catatonia – An unusual presenting clinical manifestation of systemis lupus erythematosus" *ReumatolClin*. 2016 May 9
44. Knight AM, Xie M, Mandell DS. "Disparities in Psychiatric Diagnosis and Treatment for Youth with Systemic Lupus Erythematosus: Analysis of a National US Medicaid Sample." *J Reumatol* 2016 May 1
45. Mok CC, Chan KL, Ho LY. "Association of depressive/anxiety symptoms with quality of life and work ability in patients with systemic lupus erythematosus." *ClinExpRheumatol* 2016 Mar 25
46. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization
47. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. "Depression in Childhood and Adolescence" *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 22:1, February 2013
48. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al. "From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds." *Br J Psychiatry* 2010; 196:365
49. Cicchetti, D., Rogosch, F.A. "A developmental psychopathology perspective on adolescence." *J Consult ClinPsychol* 2002, 70(1):6-20
50. Hirschfeld, R.M. "Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder" *Journal of Affective Disorders*, Volume 169, S12 - S16
51. Shain BN. "Pediatric Bipolar Disorder and Mood Dysregulation: Diagnostic Controversies." *Adolesc Med State Art Rev* 2014 Aug;25(2):398-408
52. Bowden CL. "A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression." *J Affect Disord* 2005; 84:117
53. Smith DJ, Griffiths E, et al. "Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression" *Br J Psychiatry* 2011; 199:49

54. Zimmerman M, Martinez JH, Dalrymple K, et al. "Subthreshold depression: is the distinction between depressive disorder not otherwise specified and adjustment disorder valid?" *J Clin Psychiatry* 2013 May; 74(5):470-6
55. Zimmerman M, Martinez JH, Dalrymple K, et al. "Is the distinction between adjustment disorder with depressed mood and adjustment disorder with mixed anxious and depressed mood valid?" *Ann Clin Psychiatry* 2013 Nov;25(4):257-65
56. Miret S, Fatjó-Vilas M, Peralta V, Fañanás L. "Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research." *Rev PsiquiatrSaludMent.* 2016 Apr-Jun;9(2):111-122
57. Tarver J, Daley D, Sayal K. "Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts." *Child Care Health Dev.* 2014 Nov;40(6):762-74
58. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. "Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: 20 Years After." *Psychol Bull.* 2014 May;140(3):816-845
59. ThaparA, Collishaw S, et al. "Depression in adolescence" *Lancet.* 2012; 379:1056-67
60. Ford T, Goodman R, Meltzer H. "The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:1203–11
61. Angold A, Costello EJ. "Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues." *Am J Psychiatry.* 1993 Dec;150(12):1779-91
62. Garber J, Weersing VR. "Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention" *ClinPsychol (New York)* 2010 Dec;17(4):293-306
63. Goldstein BI, Carnethon MR, Matthews KA, et al. "Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder Predispose Youth to Accelerated Atherosclerosis and Early Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association". *Circulation* 2015; 132:965.

64. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, et al. "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:1503.
65. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, et al. "Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management." *Pediatrics* 2007; 120:1299
66. Fristad MA, Gavazzi SM, Centollega DM, Soldano, KW. "Psychoeducation: A promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders." *Contemp Fam Ther* 1996; 18:371
67. Stein RE, Zitner LE, Jensen PS. "Interventions for adolescent depression in primary care." *Pediatrics* 2006; 118:669.
68. Katsuki F, Takeuchi H, Watanabe N, et al. "Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized controlled trial." *Trials*. 2014 Aug 12;15:320
69. Birmaher B, Brent DA, Kolko D, et al. "Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder." *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Jan. 57(1):29-36
70. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, et al. "Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine." *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:572.
71. Hazell P, Mirzaie M. "Tricyclic drugs for depression in children and adolescents." *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD002317
72. Lima NN, Nascimento VB, Peixoto JA, et al. "Electroconvulsive therapy use in adolescents: a systematic review." *Ann Gen Psychiatry* 2013; 12:17.
73. Lewandowski RE, Acri MC, Hoagwood KE, et al. "Evidence for the management of adolescent depression." *Pediatrics* 2013; 132:e996

74. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al. "Early Evidence on the Effects of Regulators' Suicidality Warning on SSRI Prescriptions and Suicide in Children and Adolescents" *Am J Psychiatry* 2007; 164:1356-1363

75. Khan A, Khan S, Kolts R, Brown WA. "Suicide Rates in Clinical Trials of SSRIs, Other Antidepressants, and Placebo: Analysis of FDA Reports" *Am J Psychiatry* 2003; 160:790-792

76. Fergusson D, Doucette S, et al. "Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomized controlled trials" *Bmj* 2005; 330.7488: 396

77. Jens L, Marcotte DE. "Anti-depressants, suicide, and drug regulation." *Journal of Policy Analysis and Management* 24.2 (2005): 249-272.